



Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 7502 2021	C.D.P. No.:	3114	Proceso al que pertenece:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH"
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	JHOAN SEBASTIAN RAVE MURCIA			C.C.:	1.022.393.760
				de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-10-01	Fecha Terminación final:	2021-10-31	Valor Mensual:	\$ 2.089.152
				Valor a cobrar:	\$ 2.021.760

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	OCTUBRE	\$ 2.021.760	\$ 0	0
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato
VALOR INICIAL DEL CONTRATO
\$ 2.089.152

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 2.089.152

PAGOS REALIZADOS
\$ 2.021.760

SALDO DEL CONTRATO
\$ 67.392

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

Relación de actividades para el periodo:	Desde:	2021-10-01	Hasta:	2021-10-31	
--	--------	------------	--------	------------	--

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las exigidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	Estive presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	Hice reporte por medio institucional
2. Participar en la actualización documental del servicio	Participo en la actualización documental del servicio	No aplica
3. Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.	Atendi los casos asignados por el crue
4. Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes	Realice la limpieza y desinfección de la móvil al día
5. Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas	Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas	Realice la verificación de la móvil antes de iniciar el turno
6. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE, junto con el carnet que lo acredite como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE, junto con el carnet que lo acredite como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible
7. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad	Cumplo lo contemplado en el manual de bioseguridad	Evito que mis manos se contaminen y se transmitan de manera constante
8. Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria	Vejo por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria	Atendi a todos los casos asignados por el Crue
9. Reporte de sucesos de seguridad	Reporté sucesos de seguridad	No aplica
10. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades	Adopto los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades	Seguí adecuadamente los protocolos institucionales
11. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo	Trato dignamente y humanizado tanto al cliente interno como externo	Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo
12. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades	Cumplo con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades	Cumplo con todo el reclutamiento para la correcta seguridad del paciente
13. Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Acepte de manera oportuna los casos asignados por el centro regulador de urgencias y emergencias
14. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional	Aplico las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional	Bitácora de entregas de turnos y novedades del vehículo
15. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución	Asisto y participo de las diferentes actividades programadas por la supervisión de contrato
16. Reportar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Informe a mi superior y líder sobre los diferentes desplazamientos de la ambulancia
17. Apoyar con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	Apoyo con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	No aplica
18. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE	Actas de asistencia y custodia por la coordinación de la unidad funcional
19. Reportar adecuadamente y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo	Reporté adecuadamente y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo	Bitácora de entregas de turnos y novedades del vehículo
20. Verificación pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial	Verifiqué pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial	Bitácora de entregas de turnos y novedades del vehículo
21. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios	Bitácora de entregas de turnos y novedades del vehículo
22. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Libro de novedades
23. Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH"	Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH"	Si cumple

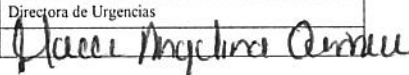
Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensiones y ARL.

C.C. 1.022.393.760

Firma del Contratista

de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL
CARGO:	Directora de Urgencias
FIRMA:	

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA 31/10/2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

JHOAN SEBASTIAN RAVE MURCIA

C.C.1.022.393.760

LA SUMA DE

DOS MILLONES VEINTIUN MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

(\$2.021.760)

Por concepto de **240 HORAS** , Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7502 2021**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **OCTUBRE DE 2021**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

Cordialmente,



JHOAN SEBASTIAN RAVE MURCIA

C.C. N° 1.022.393.760

Teléfono: 3125616228 DIRECCION CL 30ª 6C 16 ESTE

N° CUENTA: 0550008400737196 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHOAN SEBASTIAN RAVE MURCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.393.760**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Octubre del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
10012421		10/07/2014	

I. DATOS DEL TRÁMITE (En las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual	A. Contributivo	A. Cotizante	03
B. Reporte de Novedades	B. Cotizante o cabeza de familia	B. Subsidado	B. Cabeza de familia	
	C. Beneficiario o afiliado adicional		C. Beneficiario	
	D. De oficio		D. Independiente	
			E. Pensionado	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
RAVE		1022342100	Masculino	20/07/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
OTRO	COMUNICACIÓN				

17. Ingreso base de cotización - IBC: 10000000
18. Residencia: Ciudad de Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino	01/01/1974

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido: B1, Segundo Apellido: B2, Primer Nombre: B3, Segundo Nombre: B4	B1, B2	1022342100, 1022342100	Femenino, Masculino

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1, B2, B3, B4	B1, B2, B3, B4	B1, B2, B3, B4	B1, B2, B3, B4	B1, B2, B3, B4	B1, B2, B3, B4

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales	42. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	2. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo, B. Régimen Subsidado
3. Actualización datos básicos de identificación	3. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	4. Traslado:
4. Actualización y corrección de datos complementarios	4. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen, B. Diferente Régimen
5. Terminación de la inscripción en la EPS	5. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	5. Reporte por fallecimiento
6. Reinscripción en la EPS	6. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	6. Reporte del trámite de protección al cesante
		7. Reporte de la calidad de Pre pensionado
		8. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Primer Apellido: B1, Segundo Apellido: B2, Primer Nombre: B3, Segundo Nombre: B4	B1, B2, B3, B4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	

VIII. FIRMAS

1022342100

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad	61. Copia de la orden judicial
57. Copia del documento de responsabilidad permanente emitido por la autoridad competente.	62. Documento en que conste la autorización para el trámite de protección al cesante.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	63. Copia de la autorización para el trámite de protección al cesante.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	65. Copia del acta administrativo que declare la calidad de beneficiario.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio: B1, Código del departamento: B2	Número de la ficha: B3, Puntaje: B4, Nivel: B5	B1, B2, B3, B4, B5	B1, B2, B3, B4, B5

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido: B1, Segundo Apellido: B2, Primer Nombre: B3, Segundo Nombre: B4